


LIGUE VALAISANNE

CONTRE LES TOXICOMANIES




RECHERCHE – EVALUATION LVT

# L'INDICE DE GRAVITE D'UNE TOXICOMANIE

## Fiabilité et validité auprès de patients alcooliques et toxicomanes du Valais romand

Annick Clerc Bérod, PhD

Jean-Bernard Moix, lic. ès soc.

Pascale Schalbetter, lic. ès soc.

Collaborateurs scientifiques LVT

Rapport RE/02.01

Décembre 2002

ADRESSE : PLACE DU MIDI 36, 1950 SION, TEL. : 027 – 323 29 15, FAX : 027 – 323 61 31, E-MAIL : ANNICK.BEROD@LVTSION.CH

# I. INTRODUCTION

Une haute prévalence d'abus chronique de substances psychoactives et de dépendance aux substances psychoactives existe en Suisse et dans le Canton du Valais. En Suisse, 14.6% des hommes de plus de 15 ans et 2.7% des femmes de plus de 15 ans ont une consommation d'alcool problématique (Enquête Suisse sur la santé, 1997). Pour le Valais, selon le deuxième rapport de l' Etat de santé de la population valaisanne publié en l'an 2000, ces chiffres sont respectivement de 19.2% et 3.7%. Ce même rapport indique que 14.7% des femmes valaisannes de 15 à 39 ans et 24% des hommes valaisans de la même tranche d'âge ont au moins une fois dans leur vie consommé une drogue illégale. La très grande majorité de cette consommation concerne le cannabis.

## A ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE EN VALAIS

La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) est l'organisme responsable en Valais de prendre en charge les personnes ayant un problème de consommation de substance psychoactive. Elle regroupe sous le même toit l'ensemble des services en toxicomanie[1] du canton du Valais, partagés entre (1) le secteur de prise en charge ambulatoire, organisé selon cinq Centres d'Aide et de Prévention répartis sur l'ensemble du territoire cantonal, et (2) le secteur de traitement résidentiel incluant quatre centres de traitement de la dépendance. La LVT a adopté une intégration générale des pratiques, notamment en regroupant toutes les substances psychoactives dans les mêmes services ambulatoires et en regroupant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

En 1999, la LVT a pris plus de 1600 personnes en charge (1393 dans le secteur ambulatoire et 210 en institution résidentielle). Pour l'an 2000, le volume de prises en charge est similaire. Les substances consommées posant problème sont principalement l'alcool, le haschich, l'héroïne, la cocaïne et les médicaments. Dans le secteur ambulatoire, les problèmes liés à la consommation d'alcool se retrouvent dans 46% des prises en charge et ceux liés à la consommation de drogues illégales dans 42% des cas.

En septembre 1998, des experts du groupe québécois RISQ (Recherche et intervention sur les substance psychoactives - Québec) ont mis en avant les avantages de l'organisation de la LVT, qui représente une opportunité pour développer un réseau de services complémentaires et

[1] Le terme de toxicomanie est utilisé, dans l'ensemble du document, pour désigner toute forme de dépendance à des substances psychoactives, tant l'alcool que les drogues illégales ou les médicaments psychotropes.

continus en Valais. L'expertise suggère cependant des objectifs à moyen et long terme à poursuivre afin de conduire à une meilleure intégration entre tous les services de la LVT (Rapport au président de la LVT, 1998). Aux premières places de ces objectifs se trouve le développement d'un système d'évaluation de la clientèle pour adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle.

## B EVALUATION DES CLIENTELES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES

Le développement d'un système d'évaluation de la clientèle doit prendre en compte la complexité du phénomène de la toxicomanie. Guyon et al. (1998) indiquent que les recherches sur l'étiologie de la toxicomanie ont permis de mettre en évidence qu'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques ou environnementaux sont susceptibles de contribuer au développement d'une dépendance aux substances psychoactives. La toxicomanie a également un impact sur un ensemble de problèmes socio-sanitaires et elle ne peut être abordée de façon isolée sans considérer un ensemble de problèmes personnels et sociaux. La toxicomanie est de nature multidimensionnelle et produit une diversité de manifestations et d'évolution selon les individus.

La nécessité d'évaluer les abus de consommation et les problèmes liés au travers d'instruments structurés et validés a été mise en avant depuis trois décades, d'abord aux Etats-Unis, puis en Europe. C'est ainsi qu'une multitude d'instruments, tests et questionnaires permettant de dépister les personnes aux prises avec des problèmes de surconsommation de substances psychoactives ou d'évaluer le niveau de dépendance à ces substances ont été produits. Guyon et al. (1998) relèvent qu'en 1985, le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* recensait 252 études évaluatives ayant utilisé plus de 147 instruments destinés à l'évaluation de la consommation de substances psychoactives ou des conséquences qui en découlent (Lettieri et al., 1985). Citons parmi ces instruments le Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Selzer, 1971), l'Alcohol Drinking Scale (ADS) (Horn et al., 1984) ou l'échelle "Troubles liés à une substance" du DSM IV et les entretiens structurés développés à partir du DSM (Diagnostic Interview Schedule).

La création de l'ASI/IGT (Addiction Severity Index / Indice de Gravité d'une Toxicomanie)[2] s'est inscrit dans la mise en lumière de la difficulté à départager ce qui, dans l'évolution de la toxicomanie, est antécédent, concomitant ou conséquent, et dans la mise en avant de l'interaction entre la toxicomanie et un ensemble d'autres problèmes tels que les troubles mentaux, la criminalité, le suicide, la violence familiale, la négligence parentale, les maladies infectieuses. L'ASI/IGT a été mis au point au début des années 80 par une équipe de chercheurs de Philadelphie (McLellan et al., 1980).

[2] L'indice de Gravité d'une Toxicomanie est la version québecquoise de l 'Addiction Severity Index développée et validée par le RISQ

*B1. DESCRIPTION DE L'ASI/IGT*

L'ASI/IGT est un instrument semi-structuré d'environ 190 questions incluant 60 points objectifs critiques permettant d'évaluer la gravité des problèmes associés à la surconsommation de drogues et d'alcool, et de quantifier le besoin de traitement. Il fournit un profil de gravité pour sept catégories principales : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, l'emploi et les ressources, les relations familiales et sociales, l'état psychologique et la situation judiciaire. Le mode d'administration de l'instrument est l'entretien face à face. En principe, la durée de l'entretien varie entre 60 minutes et 90 minutes.

*B2. UTILISATION DE L'ASI/IGT*

L'ASI/IGT peut être utilisé à des fins cliniques et à des fins de recherche. Dans le cadre d'une utilisation clinique, l'ASI/IGT fournit un score de gravité allant de 0 à 9 indiquant un degré croissant de la gravité des problèmes présents et passés du client. En dégageant une compréhension dynamique des problèmes du client et en identifiant des objectifs spécifiques à atteindre dans chaque sphère de problèmes, l'ASI/IGT peut être utilisé dans le cadre d'élaboration d'un programme d'intervention. L'ASI/IGT fournit une évaluation de premier niveau pour les personnes admises en traitement, une référence commune descriptive de la situation des consultants, et il permet une adaptation précise du traitement au long de la prise en charge.

Sur le plan de la recherche, l'ASI/IGT fournit, pour chaque domaine, un score composé allant de 0 à 1 calculé de façon objective à partir d'une combinaison d'items appartenant à chacune des échelles. Ces items ont été choisis pour leur aptitude à rendre compte des changements survenus dans la période de trente jours qui précèdent l'entretien et parce qu'ils sont les plus fiables pour donner une estimation générale de la gravité des problèmes présentés dans chacun des domaines visés. Les sept indices ainsi obtenus peuvent être utilisés pour décrire des profils de problèmes de la clientèle, pour évaluer l'impact de la prise en charge et identifier des prédicteurs de réussite de traitement. L'instrument est très utile dans la mesure de l'efficacité des traitements offerts. Plusieurs travaux de recherche ont permis de relier les scores composés de l'ASI/IGT avec certains paramètres reliés au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Brochu et al., 1997), ainsi que pour la description de diverses populations en traitement (Guyon et Landry, 1996). Parmi les travaux de recherche les plus récents utilisant l'ASI/IGT comme instrument d'évaluation, citons par exemple McCaul et al., 2001, Alterman et al., 2000, Harrison et Asche, 1999.

Depuis son implémentation aux Etats-Unis en 1980, l'ASI/IGT a été étudié de façon importante. Guyon et al. (1998) notent qu'une recension des écrits qui mentionnent l'utilisation de l'ASI/IGT dans les banques Medline, Psychinfo et Current contents, permet, pour les seules années 1996-1997, de dénombrer 90 articles distincts qui utilisent l'ASI/IGT comme mesure d'évaluation.

L'instrument ASI/IGT a un haut niveau de fiabilité test-retest (McLellan et al., 1980) et des bonnes validités concurrente et discriminante (Kosten et al., 1983). L'ASI/IGT est également sensible à l'évolution de l'état de la personne dépendante en traitement (McLellan et al., 1982).

De telles propriétés ont été mises en évidence dans plusieurs types de populations dépendantes (Hodgins et El Guebaly, 1992 ; McLellan et al., 1982) et dans différents contextes social, culturel et linguistique (Bilal, 1988 ; Hendriks et al., 1989). La validité et la fiabilité de l'ASI/IGT ont également été évaluées parmi des patients ayant des troubles mentaux graves et persistants et des désordres liés à des abus de substances (Zanis et McLellan, 1997). Appleby et al. (1997) analysent la fiabilité et la validité de l'ASI/IGT auprès de la clientèle des hôpitaux psychiatriques publiques.

En Europe, la volonté de travailler à la mise au point d'un instrument uniforme, standardisé et multidimensionnel, et dépassant le contexte local pour l'évaluation des personnes dépendantes a débouché sur une version européenne de l'ASI/IGT, l'EuropASI (Kokkevi et Hartgers, 1995) . Malheureusement, l'EuropASI, dans cette forme, ne permet pas de calculer les scores composés des deux échelles relations familiales et sociales et situation judiciaire. Mentionnons qu'il existe une version française de l'EuropASI (Facy et Kokkevi, 1997). Récemment, les propriétés psychométriques de la version allemande de l'EuropASI ont été évaluées auprès de patients admis dans une clinique psychiatrique avec de sévères problèmes d'alcool (Scheurich et al., 2000).

En Suisse, la validité de l'ASI/IGT a été démontrée pour une population traitée pour des problèmes de dépendance à l'alcool (Daeppen et al., 1996). L'ASI/IGT et la version suisse de l'EuropASI sont essentiellement utilisées à des fins de recherche pour comparer des clientèles (Stohler et al., 2000) ou évaluer l'impact de traitement (Broers et al., 2000).

L'ASI/IGT est donc un instrument éprouvé d'évaluation de la toxicomanie dont l'usage s'est répandu un peu partout dans le monde. Toutes les études mentionnées ont permis de démontrer sa pertinence, aussi bien au niveau clinique qu'au niveau de la recherche.

### *B3. VALIDATION DE L'ASI/IGT AU SEIN DE LA LVT*

La mise en place du système d'évaluation de la clientèle centré sur l'ASI/IGT au sein de la LVT nécessite que la version utilisée de l'instrument soit adaptée au contexte culturel et au système socio-politique dans lequel évolue la clientèle de la LVT. Car pouvoir se fier à l'outil d'évaluation sur lequel on s'appuie pour développer un plan d'intervention est tout aussi important que de pouvoir fonder les conclusions d'une étude scientifique sur des données valides (Guyon et al., 1998).

Les études psychométriques de validation d'un instrument de mesure constituent une étape importante dans les processus d'application et d'utilisation de cet instrument auprès de diverses populations. Elles permettent de s'assurer de la qualité du produit et de déterminer jusqu'à quel point on peut se fier aux résultats obtenus avec l'instrument en question. Déjà utiles, voire essentielles, dans la construction de n'importe quel outil de mesure, ces études sont encore plus pertinentes quand il s'agit, comme c'est le cas avec l'ASI/IGT, d'un instrument utilisé autant en clinique qu'en recherche. En outre, lorsqu'un instrument est utilisé auprès de populations diverses au plan linguistique ou culturel, la validation psychométrique a aussi pour objectif de s'assurer que les diverses versions de l'instrument sont comparables, en tenant compte toutefois des spécificités du contexte socio-culturel. Finalement, il ne suffit pas qu'un instrument ait été validé en français pour qu'il puisse être utilisé tel quel dans tous les pays francophones. Les

variations linguistiques, culturelles, administratives, judiciaires et des systèmes de santé entre le Québec, la France, la Suisse, et même entre les cantons suisses eux-mêmes sont connues. Il n'y a pas de garantie qu'un même outil d'évaluation soit compris de façon semblable dans les pays et régions mentionnés. Les travaux reportés dans les sections suivantes permettent de s'assurer que la version de l'ASI/IGT adaptée au contexte du Valais romand répond aux exigences de validité et de fiabilité d'un instrument d'évaluation psychométrique. La version de l'ASI/IGT utilisée est la version 5.0 de l'IGT développée par le RISQ.

# II. METHODES

## A ADAPTATION CULTURELLE

Les travaux entrepris dans cette section constituent une étape préliminaire aux études formelles des qualités psychométriques de l'ASI/IGT. Cette étape avait deux objectifs, à savoir (1) assurer la validation de la terminologie auprès des intervenants et (2) de valider la formulation et la compréhension des questions auprès des clients de la LVT. Il est à noter que l'échelle judiciaire a été traitée de façon particulière (voir ci-après).

### *A1. VALIDATION AUPRES DES INTERVENANTS*

La validation de la terminologie par les intervenants a eu lieu entre octobre 1999 et décembre 1999. Vingt-neuf intervenants LVT (20 travaillant dans le secteur ambulatoire et 9 dans le domaine résidentiel), tous au bénéfice d'une formation spécifique à l'instrument, ont participé à cette phase. A l'aide d'une grille d'évaluation, chaque intervenant devait exprimer pour chaque domaine, tout problème, ambiguïté ou commentaire (aussi bien sur le fond que sur la forme) relatif à la pertinence et à l'utilité des questions, à l'adéquation des questions à la réalité de la clientèle, à la compréhension du contenu, à l'adaptation de la formulation des questions et des termes utilisés à la population considérée.

Toutes les remarques ont été synthétisées dans un document et discutées par un membre de l'équipe recherche-évaluation de la LVT et le responsable thérapie de la LVT. Le résultat des discussions a débouché sur une liste d'environ 50 modifications à introduire dans l'ASI/IGT, et par l'ajout d'un premier groupe de questions sur les comportements à risque HIV et d'un deuxième groupe de questions relatives au statut spécifique à la toxicodépendance. Les modifications concernaient principalement

- des adaptations terminologiques ou de nouvelles formulations, comme par exemple « ambulatoire » au lieu de « externe », « solvants » au lieu de « inhalants », « overdose » au lieu de « surdose », « sevrage » au lieu de « désintoxication », « actuellement » au lieu de « présentement », « sans domicile fixe » au lieu de « sans abri », « assistance sur le plan familial » au lieu de « counselling familial » ;

- des précisions quant à certaines catégories de réponse, comme par exemple « chez des parents » a été modifié en « chez des parents (famille) », « non, permis non renouvelé » en « retrait de permis » ;
- des ajouts de catégories, comme par exemple « chez des connaissances » et « en communauté » (question 3, échelle relations familiales interpersonnelles), « avec le père seulement » et « avec la mère seulement » (question 4, échelle relations familiales interpersonnelles), « prostitution » (question 17, échelle emploi/ressources) ;
- des nouvelles catégorisations des réponses aux questions touchant au plus haut niveau de scolarité atteint, au type d'activité habituel, aux revenus personnel et familial annuels.

### *A2. ADAPTATION DE L'ECHELLE JUDICIAIRE*

Les modifications apportées à l'échelle judiciaire font suite au travail d'adaptation effectué par la juriste de la LVT. Deux options s'offraient, à savoir (1) trouver d'équivalence dans le code civil et les lois suisses et valaisannes de chaque infraction ou délit reporté, ou (2) conserver le caractère graduel de gravité des infractions ou délits introduit par l'ASI/IGT. C'est la deuxième option qui a été retenue : l'ASI/IGT étant un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes associés à une consommation problématique, nous avons jugé que c'est la gravité des délits et des infractions commis qui doit pouvoir être comparée et non les délits ou infractions eux-mêmes.

### *A3. PRE-TEST AUPRES DE PATIENTS*

La vérification de la clarté des questions, de l'accessibilité du langage et l'adéquation à la réalité locale sur la population cible s'est faite à l'aide d'un pré-test durant le printemps 2000. La version intégrant les modifications de l'enquête auprès des intervenants, ainsi que l'adaptation de l'échelle judiciaire, a été administrée auprès de 20 clients (balancés alcool et drogues, ambulatoire et résidentiel) de la LVT. Les intervenants dévolus à l'administration de ces ASI/IGT avaient pour consigne de permettre au client de s'exprimer sur la bonne compréhension et l'adéquation des questions. Il ne s'agissait en aucune manière d'évaluer la personne.

Si les remarques et commentaires recueillis ont conduit à un nombre très restreint de modifications (ajout de la catégorie « à l'assurance » dans la question 10 de l'échelle emploi/ressources et l'adaptation de l'échelle d'évaluation de la gravité d'un problème par l'usager (« pas du tout », « peu », « moyennement », « beaucoup », « extrêmement »), ils ont mis le doigt sur le besoin de clarifier certains termes comme « intoxication », « perturbé ou occupé », « relation étroite et durable ». Des précisions ont été introduites dans le manuel d'utilisation afin de lever le maximum d'ambiguïté.

### *A4. ADAPTATION DES ANNEXES DU MANUEL D'UTILISATION*

L'ASI/IGT s'accompagne d'un manuel d'utilisation très détaillé permettant une compréhension des questions nette et claire. Le manuel a également pour but de rendre l'intervenant attentif au type, ainsi qu'à la nature de l'information recueillie par des questions difficiles. Chaque domaine de l'ASI/IGT fait l'objet d'un chapitre. Les termes de ces chapitres ont été modifiés ou

complétés en fonction des corrections apportées dans le questionnaire. Les annexes du manuel d'utilisation, plus spécifiquement celle relative à la liste de drogues les plus courantes, avec leur nom populaire et celle comprenant le lexique des infractions criminelles ont été adaptées.

## B SITES ET PATIENTS

L'analyse des propriétés psychométriques de l'outil adapté a utilisé un échantillon de clients en traitement ou nouvellement admis dans les services de la LVT dans la période juillet 2000 – novembre 2001. Stratifié par site, substance et sexe, l'échantillon visait à avoir au moins 150 usagers, en respectant la répartition de l'ensemble de la population suivie en 1999 et 2000 dans les différentes strates. Les interviews ont été effectués par les intervenants de la LVT spécialement formés à l'instrument et ayant déjà administré au moins 10 ASI/IGT.

## C ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques relatives aux propriétés psychométriques de l'ASI/IGT utilisent *les scores de gravité (allant de 0 à 9) et les scores composés (allant de 0 à 1)* disponibles pour chaque échelle se rapportant aux sept domaines de l'ASI/IGT. Les scores composés ont été produits selon la procédure de Mc Lellan et al. (document non publié). Elles ont été effectuées à l'aide du logiciel Spss 11.0 et comprennent les aspects ci-après.

### *C1. L'EVALUATION DE LA CONSISTANCE INTERNE*

La consistance interne a été vérifiée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) qui consiste en une estimation de la proportion de score vrai par rapport à l'erreur de mesure. La consistance interne a été évaluée sur les scores composés.

### *C2. L'EVALUATION DE LA FIDELITE TEST-RETEST*

Le questionnaire a été administré une seconde fois à 45 clients dans un intervalle de jours allant de cinq à sept jours. Ce sous-échantillon a respecté uniquement la répartition secteur/substance. La fidélité test-retest a porté sur les scores composés et a été évaluée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. L'analyse a été complétée par la comparaison entre les deux temps de passation à l'aide du test de Student (sur les différences des scores).

### *C3. L'EVALUATION DE LA VALIDITE CONCEPTUELLE, CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE*

La comparaison entre la corrélation d'un item avec sa propre échelle et les corrélations du même item avec les autres échelles et l'étude de la matrice des corrélations entre les scores composés ont permis d'évaluer la validité convergente et discriminante. Les corrélations entre les scores composés et les scores des profils de gravité de chacune des échelles ont permis d'évaluer la validité conceptuelle. Des comparaisons des résultats obtenus dans notre échantillon avec des résultats d'autres études utilisant l'ASI/IGT ont été également effectuées.

# III. RESULTATS

Au total 152 usagers ont été inclus dans l'analyse dont 80.3% étaient pris en charge ambulatoirement et 19.7% bénéficiaient d'un traitement dans une institution résidentielle. La répartition des patients selon le type de prise en charge, la substance principale et les variables socio-démographiques est reportée dans la Table 1.

**Table 1**. Caractéristiques socio-démographiques des clients et substance principale consommée[a], selon le secteur de prise en charge

| | Centres ambulatoires N=122 | Centres résidentiels N=30 |
|---|---|---|
| *Sexe (%)* | | |
| Hommes | 77.9 | 70.0 |
| Femmes | 22.1 | 30.0 |
| *Âge (années)* | | |
| Moyenne ± ET | 40.6±12.8 | 37.0±10.2 |
| Médiane | 41.0 | 37.0 |
| *Etat Civil (%)* | | |
| Marié | 29.5 | 16.7 |
| Séparé/divorcé | 25.5 | 23.3 |
| Union libre | 13.1 | 20.0 |
| Jamais marié | 29.6 | 40.0 |
| Veuf | 2.5 | - |
| *Statut professionnel (%)* | | |
| Plein temps | 39.7 | 40.0 |
| Temps partiel | 10.7 | 6.7 |
| Travail temporaire | 4.1 | 10.0 |
| Chômage – sans emploi | 5.8 | 3.3 |
| Invalide | 7.4 | 6.7 |
| Retraité | 5.8 | - |
| En milieu institutionnel | 4.1 | - |
| Au foyer | 4.1 | 3.3 |
| Conditions instables | 7.4 | 6.7 |
| Sans activité lucrative | 5.8 | 3.3 |
| Autre | 4.9 | 19.9 |
| *Substance principale consommée (%)* | | |
| Alcool | 59.0 | 43.3 |
| Drogue | 22.9 | 40.0 |
| Alcool et Drogue | 18.0 | 16.7 |

[a]déterminée par l'ASI/IGT

La durée moyenne de passation de l'ASI/IGT a été de 83 minutes (ET 25 minutes). Cette durée moyenne relativement longue découle de l'ajout d'une série de questions relatives au statut spécifique des toxicomanes à mode de consommation intraveineuse (informations sur le statut HIV, l'hépatite, les abcès, etc).

Les moyennes des scores composés (allant de 0 à 1) et les moyennes des scores de gravité (allant de 0 à 9) de chacune des sept échelles de l'IGT sont reportées dans la Table 2. L'échelle Emploi/Ressources fournit le score composé le plus élevé (0.50). Les résultats révèlent des niveaux comparables (scores composés entre 0.26 et 0.32) pour les échelles Médical, Alcool,

Famille/Social et Psychologique. Le score de gravité le plus élevé est atteint par les échelles Famille/Social et Psychologique (4.1). La Table 2 présente également les scores obtenus selon le type de secteur. Les moyennes des scores composés et des scores de gravité sont plus élevés dans le secteur résidentiel que dans le secteur ambulatoire, à l'exception de l'échelle Médical légèrement plus élevée en ambulatoire (0.34 contre 0.25 et 2.6 contre 2.1 respectivement).

**Table 2**. Moyennes (± ET) des scores composés et des scores de gravité de l'ensemble du collectif ainsi qu'en milieu ambulatoire et résidentiel

| | Scores composés | | | Scores de gravité | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Echelles ASI/IGT | Collectif total | Ambulatoire | Résidentiel | Collectif total | Ambulatoire | Résidentiel |
| Médical | 0.32 ± 0.33 | 0.34 ± 0.32 | 0.25 ± 0.33 | 2.5 ± 2.4 | 2.6 ± 2.5 | 2.1± 2.2 |
| Emploi/Ressources | 0.45 ± 0.34 | 0.41 ± 0.33 | 0.55 ± 0.39 | 3.3 ± 2.9 | 3.1 ± 2.8 | 4.1 ± 3.2 |
| Alcool | 0.28 ± 0.26 | 0.29 ± 0.26 | 0.25 ±0.25 | 3.9 ± 2.8 | 3.9 ± 2.7 | 4.1 ± 3.1 |
| Drogue | 0.11 ± 0.14 | 0.08 ± 0.12 | 0.20 ± 0.20 | 2.5 ± 3.2 | 2.0 ± 2.8 | 4.7 ± 3.7 |
| Légal | 0.12 ± 0.22 | 0.08 ± 0.17 | 0.25 ± 0.29 | 1.4 ± 2.3 | 1.2 ± 2.1 | 2.3 ± 2.9 |
| Famille/Social | 0.26 ± 0.22 | 0.23 ± 0.21 | 0.36 ± 0.24 | 4.1 ± 2.5 | 3.7 ± 2.4 | 5.7 ± 2.3 |
| Psychologique | 0.27 ± 0.23 | 0.26 ± 0.23 | 0.32 ± 0.22 | 4.1 ± 2.6 | 3.9 ± 2.6 | 4.8 ± 2.6 |

**Table 3**. Moyennes des scores composés et des scores de gravité des échelles de l'ASI/IGT et comparaison avec deux autres études

| | Scores composés | | | Scores de gravité | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Echelles ASI/IGT | Clerc Bérod et al. Suisse 152 sujets (alcool + drogues) | Landry et al. Québec 300 sujets (alcool + drogues | Daeppen et al. Suisse 100 sujets (alcool) | Clerc Bérod et al. Suisse 152 sujets (alcool + drogue) | Landry et al. Québec 300 sujets (alcool + drogue) | Daeppen et al. Suisse 100 sujets (alcool) |
| Médical | 0.32 | 0.19 | 0.39 | 2.5 | 1 | 2.9 |
| Emploi/Ressources | 0.45 | 0.63 | 0.59 | 3.3 | 1 | 3.1 |
| Alcool | 0.28 | 0.41 | 0.52 | 3.9 | 5 | 6.4 |
| Drogue | 0.11 | 0.17 | - | 2.5 | 4 | - |
| Légal | 0.12 | 0.11 | 0.06 | 1.4 | 0 | 0.5 |
| Famille/Social | 0.26 | 0.30 | 0.32 | 4.1 | 5 | 3.7 |
| Psychologique | 0.27 | 0.36 | 0.26 | 4.1 | 5 | 4.4 |

La Table 3 compare les scores composés et les scores de gravité obtenus avec ceux obtenus dans deux autres études (Landry et al., 1997;  Daeppen et al., 1996). Notre étude produit le score composé de l'échelle Alcool le plus bas. Les résultats indiquent que les moyennes des scores composés de nos sujets sont comparables à celles obtenues dans le collectif de Daeppen et al. pour les échelles Médical, Emploi/Ressources et Psychologique et sont comparables à celles obtenues dans le groupe de Landry et al. pour les échelles Drogue, Légal et Famille/Social. Les moyennes des scores de gravité obtenues dans notre collectif sont semblables à celles de l'échantillon de Daeppen et al., à l'exception des échelles Alcool et Drogue.

## A CONSISTANCE INTERNE

La Table 4 présente les coefficients Alpha de Cronbach pour les sept échelles en comparaison avec ceux trouvés dans trois autres études (Bergeron et al. 1992, Daeppen et al. 1996, de Jong et al. 1995). Les coefficients obtenus dans notre collectif (de 0.64 pour l'échelle Famille/Social à 0.85 pour l'échelle Alcool) indiquent une bonne homogénéité des items dans chaque échelle. La consistance interne de chacune des échelle est jugée très satisfaisante.

**Table 4**. Comparaison des coefficients Alpha de Cronbach entre quatre études

| Echelles ASI/IGT | Clerc Bérod et al. Suisse 152 sujets (Alcool et drogues) | Bergeron et al. Québec 200 sujets (Alcool et drogues) | Daeppen et al. Suisse 100 sujets (Alcool) | De Jong et al. Hollande 144 sujets (Alcool) |
|---|---|---|---|---|
| Médical | 0.84 | 0.75 | 0.76 | 0.73 |
| Emploi/Ressources | 0.68 | 0.77 | 0.64 | 0.68 |
| Alcool | 0.85 | 0.89 | 0.84 | 0.46 |
| Drogue | 0.80 | 0.70 | - | - |
| Légal | 0.75 | 0.75 | 0.64 | 0.70 |
| Famille/Social | 0.64 | 0.63 | 0.52 | 0.78 |
| Psychologique | 0.81 | 0.71 | 0.81 | 0.80 |

## B FIDELITE TEST – RETEST

Au total 45 personnes ont été incluses dans l'analyse de la fidélité test-retest. Les coefficients de corrélation entre les scores composés et les scores de gravité selon les deux temps de passation sont présentés dans la Table 5. Les valeurs varient entre 0.77 (échelle Légal) et 0.99 (échelle Emploi/Ressources) pour les scores composés et entre 0.83 (échelle Psychologique) et 0.97 (échelle Alcool) pour les scores de gravité. Ces coefficients élevés indiquent que les scores composés ainsi que les scores de gravité sont fidèles et reproductibles.

**Table 5**. Moyenne (± ET) des scores composés et des scores de gravité à 5/7 jours d'intervalles et coefficients de corrélation[b] test-retest

| | Scores composés | | | Scores de gravité | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Echelles ASI/IGT | Jour 1 | Jour 2 | *R* | Jour 1 | Jour 2 | *R* |
| Médical | 0.42±0.37 | 0.48±0.37 | 0.88 | 3.5±2.9 | 3.6±3.0 | 0.93 |
| Emploi/Ressources | 0.66±0.32 | 0.67±0.32 | 0.99 | 3.9±2.8 | 3.9±2.9 | 0.95 |
| Alcool | 0.25±0.24 | 0.26±0.24 | 0.93 | 3.5±3.0 | 3.8±3.0 | 0.97 |
| Drogue | 0.12±0.15 | 0.12±0.15 | 0.94 | 3.1±3.5 | 3.1±3.6 | 0.96 |
| Légal | 0.13±0.22 | 0.13±0.23 | 0.77 | 1.8±2.6 | 1.7±2.6 | 0.94 |
| Famille/Social | 0.32±0.23 | 0.32±0.23 | 0.91 | 4.6±2.7 | 4.4±2.8 | 0.90 |
| Psychologique | 0.30±0.22 | 0.26±0.24 | 0.88 | 4.6±2.4 | 4.4±2.6 | 0.83 |

[b]Coefficient de corrélation de Pearson

Noter que pour chacune des échelles et pour chaque type de score, aucune différence statistiquement significative n'a été observée au seuil *p<0.1* (test *t* de Student sur la moyenne des différences des scores entre les deux temps de passation).

## C VALIDITE CONCEPTUELLE, CONVERGENTE ET DISCRIMINANTE

Afin d'évaluer l'indépendance entre les sept échelles, les corrélations entre les scores composés d'une part et entre les scores de gravité d'autre part ont été calculées. La Table 6 présente les différents coefficients obtenus. Une relative indépendance est observée, puisque la plupart des valeurs des coefficients impliquant l'échelle Drogue et l'échelle Psychologique sont assez élevées.

**Table 6**. Coefficients de corrélation de Pearson entre les scores composés de chaque échelle et entre les scores de gravité (en italique)

| Echelles ASI/IGT | Médical | Emploi / Ressources | Alcool | Drogue | Légal | Famille / Social | Psychologique |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Médical | 1.00 | | | | | | |
| | *1.00* | | | | | | |
| Emploi/Ressources | 0.04 | 1.00 | | | | | |
| | *0.11* | *1.00* | | | | | |
| Alcool | 0.04 | -0.24 | 1.00 | | | | |
| | *0.09* | *-0.23* | *1.00* | | | | |
| Drogue | 0.04 | 0.30 | -0.14 | 1.00 | | | |
| | *-0.01* | *0.31* | *-0.25* | *1.00* | | | |
| Légal | 0.10 | 0.24 | -0.22 | 0.38 | 1.00 | | |
| | *-0.02* | *0.29* | *-0.28* | *0.55* | *1.00* | | |
| Famille/Social | 0.18 | 0.09 | 0.16 | 0.30 | 0.18 | 1.00 | |
| | *0.19* | *0.18* | *0.13* | *0.27* | *0.22* | *1.00* | |
| Psychologique | 0.35 | -0.05 | 0.30 | 0.25 | 0.14 | 0.62 | 1.00 |
| | *0.12* | *0.30* | *0.12* | *0.32* | *0.23* | *0.58* | *1.00* |

La Table 7 présente les valeurs minimale et maximale des corrélations item-échelle pour les scores composés et pour les scores de gravité.

**Table 7**. Coefficients de corrélation[a] item-échelle

| | Etendue des corrélations item-score composé | | Etendue des corrélations item-score de gravité | |
|---|---|---|---|---|
| Echelles IGT/ASI | Intra-échelle[b] | Inter-échelle[c] | Intra-échelle[b] | Inter-échelle[c] |
| Médical | 0.79 ; 0.91 | -0.07 ; 0.29 | 0.46 ; 0.66 | -0.16 ; 0.23 |
| Emploi/Ressources | 0.59 ; 0.83 | -0.26 ; 0.26 | 0.14 ; 0.23 | -0.18 ; 0.31 |
| Alcool | 0.70 ; 0.82 | -0.26 ; 0.33 | 0.30 ; 0.72 | -0.28 ; 0.25 |
| Drogue | 0.01 ; 0.84 | -0.29 ; 0.44 | 0.09 ; 0.81 | -0.34 ; 0.46 |
| Légal | 0.38 ; 0.89 | -0.22 ; 0.36 | 0.27 ; 0.75 | -0.28 ; 0.35 |
| Famille/Social | 0.49 ; 0.79 | -0.04 ; 0.52 | 0.23 ; 0.61 | -0.07 ; 0.42 |
| Psychologique | 0.30 ; 0.82 | -0.11 ; 0.55 | 0.17 ; 0.70 | -0.15 ; 0.45 |

[a]coefficients de corrélation de Pearson
[b]les corrélations indiquent la validité convergente des items avec les scores de leur propre échelle
[c]les corrélations indiquent la validité discriminante des items avec les scores des autres échelles

En ce qui concerne la convergence, les valeurs des coefficients des items avec les scores de leur propre échelle sont satisfaisantes (à l'exception de la valeur 0.01 pour la convergence de l'échelle Drogue). Les seuls faibles recouvrements observés entre les intervalles pour les échelles Drogue, Famille/Social et Psychologique indiquent un pouvoir discriminant des items satisfaisant.

# IV. DISCUSSION

Les résultats de la présente étude nous permettent de conclure que la version de l'ASI/IGT adaptée au contexte socio-culturel du Valais romand possède de bonnes qualités psychométriques.

D'une manière générale, les scores composés et les scores de gravité obtenus sur notre collectif rejoignent ceux obtenus par Daeppen et al. (1996), à l'exception de l'échelle Alcool. La différence est expliquée par le fait que le collectif de Daeppen et al. n'inclut que des patients traités pour un problème lié à la consommation d'alcool. Les résultats de notre étude sont légèrement inférieurs à ceux produits par Landry et al. (1997).

Les valeurs des coefficients Alpha de Cronbach (Table 4) indiquent que l'instrument est composé d'échelles homogènes. La consistance interne est jugée très bonne. Telle qu'évaluée (Table 5), la fidélité test-retest de l'instrument est très satisfaisante.

L'indépendance observée de la plupart des échelles les unes par rapport aux autres (Table 6) permet de conclure que la validité conceptuelle est bonne et que l'instrument mesure bien des réalités différentes. Les corrélations dépassent rarement le seuil de 0.30 et peuvent être considérées comme modérées. Seules les corrélations entre l'échelle Psychologique et l'échelle Famille/Social (0.62) et entre l'échelle Légal et l'échelle Drogue (0.58) sont au-dessus de 0.50. Noter les corrélations négatives entre l'échelle Alcool et l'échelle Emploi/Ressources et entre l'échelle Alcool et l'échelle Légal. Pour la deuxième corrélation, une des explications possibles réside dans la répartition des patients selon qu'ils ont un score composé positif ou nul dans les deux échelles : parmi les patients qui ont un score composé égal à zéro sur l'échelle Alcool (N=28), 50% ont un score composé égal à zéro sur l'échelle Légal, et parmi les patients qui ont un score composé supérieur à zéro sur l'échelle Alcool (N=107), seuls 28% ont un score composé positif sur l'échelle Légal. Parmi les clients ayant un score composé positif sur les deux échelles (N=30), la valeur du coefficient de corrélation est de $R$=0.05. L'échelle Psychologique apparaît comme l'échelle la plus reliée aux autres échelles, ce qui a déjà été observé dans deux autres études (Daeppen et al. 1996, Bergeron et al. 1992).

Les coefficients de corrélation des items avec les scores de leur propre échelle sont relativement élevés et indiquent une validité convergente satisfaisante (Table 7). L'échelle Emploi/Ressources montre cependant la plus faible convergence entre ses items et le score de gravité. Cette faible convergence, également observée ailleurs (Daeppen et al. 1996) est peut-être due au fait que cette échelle est la seule à ne pas intégrer l'évaluation subjective du patient dans les items du score

composé. Noter finalement la valeur minimale de 0.01 des corrélations entre les items et le score composé de l'échelle Drogue. Cette valeur, impliquant l'item de consommation des amphétamines au cours des 30 derniers jours, est expliquée par une prévalence de consommation de cette substance très marginale au cours des 30 derniers jours. La validité discriminante est jugée très acceptable car les coefficients de corrélation des items avec les scores des autres échelles montrent un faible recouvrement avec les étendues intra-échelles (Table 7).

Aucune étude de validité concurrente de l'instrument n'a été effectuée.

En conclusion, la version de l'ASI/IGT adaptée au contexte socio-culturel du Valais romand apparaît comme un instrument d'évaluation valide et fiable lorsque administré à la population des patients alcooliques et toxicomanes admis dans les services de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, permettant ainsi des comparaisons au niveau national ou international ou des comparaisons transculturelles.

## V. BIBLIOGRAPHIE


Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins DJ. Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *J Nerv Ment Dis.* 185(3): 159-65, 1997.

Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS, Tourian KA, Rutherford MJ, Merikle EP. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug Alcohol Depend.* 59(3): 215-21, 2000.

Bergeron J, Landry M, Ishak A, Vaugeois P, Trépanier M. Validation d'un Instrument d'Evaluation de la Gravité des Problèmes relies à la consommation de Drogues et d'Alcool, l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT). Les Cahiers de Recherche du RISQ, Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec, 1992.

Bilal AM. Correlates of addiction-related problems in Kuwait : a cross-cultural view. *Acta Psychiatr Scand.* 78(4) : 414-6, 1988.

Brochu S, Landry M, Bergeron J, Chiocchio F. The impact of a treatment process for substance users as a function of the degree of exposure to treatment. *Subst Use Abuse.* 32(14): 1993-2011, 1997.

Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A. Inpatient opiate detoxification in Geneva : follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend.* 58(1-2): 85-92, 2000.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 16:297-334, 1951




Daeppen, JB, Burnand B, Schnyder C, Bonjour M., Pecoud A, Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol.* 57(6): 585-590, 1996.

De Jong, CAJ, Willems JCEW, Schippers G.M, Hendriks V.M. Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch alcoholic population. *Int J Addict.* 30(5): 605-616, 1995.

Marty-Tschumi E, von Türk A, Gervasoni JP. *L'état de santé de la population valaisanne, deuxième rapport.* Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2000.

*Enquête Suisse sur la Santé avec comparaison valais-suisse 1997.* Département de l'énergie, des affaires sociales et de la santé, Sion, 2000.

Facy F, Kokkevi A. Un outil d'évaluation clinique : EUROPASI en version française, 1997.

Guyon L, Landry M. L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres ? Portrait d'une population en traitement. *Psychotropes.* 2(1) : 61-79, 1996.

Guyon L, Landry M, Brochu S, Bergeron J. *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT).* Québec : Les Presses de l'Université de Laval, 1998.

Harrison PA, Asche SE. Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients and outpatients. *J Subst Abuse Treat.* 17(3): 207-20, 1999.

Hendricks VM, Kaplan CD, Van Limbeek J, Geerlings P. The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat.* 6(2): 133-41, 1989.

Hodgins DC, El-Guebaly GN. More data on the Addiction Severity Index: Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis.* 180: 197-201, 1992.

Horn JL, Skinner HA, Wanberg K, Foster FM. *Alcohol Dependence Scale (ADS*). Toronto: Addiction Research Foundation, 1984.

Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug alcohol dependence. *Eur Addict Res.* 1(4): 208-10, 1995.

Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 171:606-10, 1983.

Landry M, Guyon L, Beauvais B. Evolution du profil biopsychosocial de la clientèle de toxicomanes en réadaptation à Domrémy-Montréal entre 1991 et 1995. RISQ (Québec), 1997.

Lettieri DJ, Sayers MA, Nelson JE. *Summaries of Alcoholism Treatment Assessment Research.* Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1985.

McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatients treatments retention: patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend.* 61(1):9-17, 2001.



McLellan AT, Krushner H, Metzger D, Peters R., Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. Fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat.* 9(3): 199-213, 1992.

McLellan AT, McGahan PL, Griffith JA, Parente R. *Composite Scores from the Addiction Severity Index*. Document non publié. NIDA Project DA02254.

McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CP. New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis.* 173: 412-423, 1985

McLellan AT, Luborsky L, Obrien CP, Woody GE. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 168(1): 26-33, 1980.

McLellan AT, Luborsky L, Obrien CP, Woody GE, Druley KA. Is treatment for substance abuse effective? *J Am Med Assoc.* 247: 1423-8, 1982.

Rapport au président de la LVT. Rapport d'expertise du RISQ, 1998.

Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test : the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatr.* 127: 1653-8, 1971.

Scheurich A, Muller MJ, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, Lorch B, Himmerich H, Heidenreich M, Schmid G, Hautzinger M, Szegedi A. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol.* 61(6): 916-9, 2000.

Stohler R, Dursteler-Mc Farland KM, Gramespacher C, Petitjean S, Battegay R, Ladewig D. A comparison of heroin chasers with heroin injectors in Switzerland. *Eur Addict Res.* 6(3): 154-9, 2002.

Zanis DA, McLellan AT, Corse S. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Ment Health J.* 33(3): 213-27, 1997.